

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DARÈNE MAX

Né le 15 Juin 1898, à Viarmes (Seine-et-Oise)

262

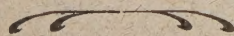
LA VERSION ET L'EXTRACTION DU FOETUS

PAR LE SIÈGE

dans les rétrécissements modérés du Bassin

APRÈS PASSAGE PRÉVENTIF DU FIL-SCIE DE GIGLI

Président : BRINDEAU, Professeur.



PARIS

SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION
44, Rue de Lisbonne, 44

1925

808

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552003_0087

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DARÈNE MAX

Né le 15 Juin 1898, à Viarmes (Seine-et-Oise)

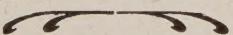
LA VERSION ET L'EXTRACTION DU FOETUS

PAR LE SIÈGE

dans les rétrécissements modérés du Bassin

APRÈS PASSAGE PRÉVENTIF DU FIL-SCIE DE GIGLI

Président : BRINDEAU, Professeur.



PARIS

SOCIÉTÉ MODERNE D'IMPRESSION ET D'ÉDITION

44, Rue de Lisbonne, 44

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



I. — Le Doyen : M. ROGER

Professeurs :	MM.		MM.
Anatomie	NICOLAS	Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO	Clinique des maladies des enf.	NOBÉCOURT
Physiologie	CH. RICHET	Clinique des maladies ment.	
Chimie organ. et chimie gén.	DESGREZ	et des maladies de l'encép.	CLAUDE
Bactériologie	BEZANÇON	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT	Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ	Clinique des maladies infect.	TEISSIER
Pathologie médicale	SICARD	— chirurgicale	DELBET
— chirurgicale	LECÈNE		HARTMANN
Anatomie pathologique	LETULLE		LEJARS
Histologie	PRENANT	— urologique	GOSSET
Pharmacologie et mat. méd.	RICHAUD		LEGUEU
Thérapeutique	CARNOT	— d'accouchements	COUVELAIRE
Hygiène	LÉON BERNARD		BRINDEAU
Médecine légale	BALTHAZARD		JEANNIN
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR	— gynécologique	JEAN-LOUIS FAURE
Pathologie expérim. et comp.	ROGER	— thérapeutique méd.	VAQUEZ
	GILBERT	— oto-rhino-laryngolog.	SEBILEAU
	CHAUFFARD	— thérapeutique chirur.	DUVAL
Clinique médicale	ACHARD	— propédeutique	SERGENT
	WIDAL		

II. — Agrégés en exercice :

MM.	BUSQUET	FOIX	LEMIERRE	PHILIBERT
ABRAMI	CADENAT	GARNIER	LÉVY-SOLAL	RIBIERRE
ALGLAVE	CHAMPY	HARVIER	LHERMITTE	RICHET Fils
AUBERTIN	CHIRAY	HEITZ-BOYER	LIAN	ROUVIÈRE
BASSET	CLERC	HOVELACQUE	MATHIEU	TANON
BAUDOIN	DEBRÉ	JOYEUX	METZGER	TIFFENEAU
BINET	I. DE JONG	HENRI LABBÉ	MOCOÜOT	VAUDESCAL
BLANCHETIÈRE	DUVOIR	LARDENNOIS	MONDOR	VERNE
BRANCA	ÉCALLE	LE LORIER	MOURE	VILLARET
BRULÉ	FIESSINGER	LEMAITRE	MULON	WELTER

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.				
CAMUS	GOUGEROT	GUÉNIOT	RETTERRER	ROUSSY

IV. — Agrégés chargés de cours de Clinique à titre permanent

MM.				
AUVRAY	LEREBOULLET	LOEPER	PROUST	SCHWARTZ
CHEVASSU	LÉRI	OMBREDANNE	RATHERY	TERRIEN
LAIGNEL-LAVASTINE				

V. — Chargés de cours

MM			
MAUCLAIRE, agrégé	FREY	N...	LEDoux-LEBARD

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

LE PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

ET GINÉCOLOGIQUE DE TARNIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. CATHALA

ACCOUCHEUR DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Qui nous a inspiré le sujet de
notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

PROFESSEUR LEJARS.

PROFESSEUR GARNIER.

DOCTEUR PROUST, PROFESSEUR AGRÉGÉ.

DOCTEUR DEBRÉ, PROFESSEUR AGRÉGÉ.

DOCTEUR V. CATHALA.

DOCTEUR COURCOUX.

DOCTEUR CLAISSE.

INTRODUCTION

Actuellement, dans les rétrécissements du bassin quand les dimensions du pelvis sont telles que l'accouchement ne peut s'effectuer, ou offre de gros risques pour l'enfant, la conduite à tenir est nettement indiquée : on a recours suivant les cas soit à la césarienne conservatrice, mutilatrice ou suivie d'extériorisation, soit à la pelviotomie.

Mais dans les cas de rétrécissements dits limite du bassin, la décision à prendre est souvent difficile. On risque d'une part de faire inutilement une opération qui offre toujours certains risques pour la mère, alors que l'expulsion de l'enfant aurait pu se faire spontanément ; et d'autre part, si on a recours aux manœuvres obstétricales on risque, s'il y a difficulté au passage de la tête fœtale, la mort du fœtus.

Dans ces cas de rétrécissements modérés, on peut avoir recours, soit au forceps, soit à la version. Celle-ci est préférable le plus souvent car la tête passe mieux dernière que première. Mais s'il existe des obstacles au passage de la tête, soit que le rétrécissement ait été mal

évalué, soit que le fœtus soit plus volumineux qu'on ne le pensait, l'extraction peut offrir des difficultés et le fœtus succombe rapidement.

Dans ces cas, M. Cathala a pensé qu'on pouvait éviter ces risques par une intervention très simple : le passage préventif d'un fil-scie de Gigli derrière un des pubis de la parturiente (1).

C'est l'étude de ce procédé que nous avons vu employer avec d'excellents résultats par M. le Docteur Cathala à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, qui fera le sujet de notre thèse.

(1) V. Cathala. — Le passage préventif du fil-scie de Gigli, avant l'extraction de la tête dernière dans les rétrécissements modérés du bassin. — *Bulletin de la Société d'obstétrique*, tome XII, n° 10, 1924.

HISTORIQUE

La version par manœuvres internes, dont l'emploi remonte à la plus haute antiquité, après avoir été préconisée par Hippocrate et par Celse pour l'extraction des enfants morts, puis par Soranus d'Ephèse, qui le premier la pratiqua dans le cas d'enfants vivants, tomba dans un discrédit complet. Ce n'est qu'au xvi^e siècle après les travaux d'Ambroise Paré et de son élève, Guillemeau, qui en précisèrent les règles et les indications, qu'elle reprit place dans la pratique obstétricale. Ces auteurs insistèrent surtout sur son utilité dans les présentations vicieuses et ne se soucièrent pas outre mesure des rétrécissements pelviens. Mais ce ne fut vraiment qu'après que Maugricau et Derventer eurent donné les premières descriptions des deux principaux types de bassins rétrécis: le bassin plat et le bassin généralement rétréci, que la version par manœuvres internes prit définitivement place dans la thérapeutique des dystocies pelviennes.

L'apparition du forceps à double courbure imaginé par Levret, en 1747, divisa les accoucheurs en deux camps

bien nets : d'un côté les partisans de la version qui se recrutèrent surtout à l'étranger et de l'autre les partisans du forceps dont firent partie la majorité des accoucheurs français. Cette distinction persista jusqu'à l'apparition de la symphyséotomie, créée par Jean Sigault en 1777 et de la césarienne.

Les méthodes obstétricales, utilisées pour le traitement des dystocies pelviennes, étaient donc au début du XIX^e siècle : l'accouchement prématuré, la version, le forceps, la symphyséotomie et la césarienne. Ces deux dernières ne furent pas acceptées sans discussions, et les accoucheurs de cette époque, après de nombreux insuccès, dus à l'ignorance de l'aseptie, préférèrent s'en tenir aux vieilles méthodes obstétricales dont ils obtenaient de meilleurs résultats.

Après les travaux des auteurs modernes, le perfectionnement de la chirurgie, et surtout la découverte de l'antiseptie, la césarienne et la symphyséotomie prirent définitivement place dans l'arsenal de la thérapeutique obstétricale et réduisirent d'autant les indications de la version, dans les rétrécissements pelviens. Et cette opération n'est plus actuellement réservée qu'aux bassins modérément rétrécis et rarement pratiquée à cause des dangers qu'elle fait courir au fœtus.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA VERSION ET DE L'EXTRACTION DU FŒTUS PAR LE SIÈGE DANS LES BASSINS MODÉRÉMENT RÉTRÉCIS

Quand on étudie le mécanisme de l'accouchement dans les bassins modérément rétrécis, on voit que c'est la tête qui, dans la majorité des cas, vient apporter presque seule un obstacle sérieux à la terminaison de l'accouchement.

Or le principal avantage de la version par manœuvres internes est justement de faciliter le passage de la tête fœtale, en permettant de la guider dans le diamètre le plus favorable à son engagement, et de lui faire franchir ainsi, dernière, des obstacles qu'elle n'aurait vraisemblablement pas pu franchir première. C'est pourquoi, les anciens auteurs qui ne pratiquaient ni césarienne, ni pélotomies avaient volontiers recours à la version par manœuvres internes pour extraire le fœtus dans les bassins rétrécis.

Laissant en effet la tête libre de toute entrave instrumentale, elle lui permet de conserver toute sa mobilité,

et de se mouvoir facilement autour de ses divers diamètres pour franchir le détroit supérieur.

L'introduction d'un doigt dans la bouche et l'appui fourni aux mains de l'accoucheur par le tronc, permettent d'incliner la tête à volonté et de lui faire accomplir ainsi les oscillations qu'elle effectuerait d'elle-même pour s'engager spontanément.

D'autre part, la tête étant tenue de très près, il est possible d'apprécier assez exactement les difficultés d'engagement, qui dépendent de la forme et du degré du rétrécissement, ainsi que du volume et de la consistance de la tête; et par suite de la diriger dans le diamètre le plus favorable à son engagement. De plus, par la manœuvre de Champetier de Ribes, c'est-à-dire en refoulant excentriquement la tête de façon à tasser les parties molles de la nuque sur l'une des lignes innommées, et en poussant le front de haut en bas, on arrive à amener dans la direction du diamètre minimum du bassin, un diamètre céphalique transverse plus petit que le bi-pariétal. Ce diamètre est plus ou moins rapproché du bi-temporal, selon que la tête est plus ou moins développée de la nuque au front, et que le bassin est plus ou moins spacieux suivant ses diamètres transverses.

Enfin la tête fœtale ne subit qu'une réduction plastique strictement limitée aux diamètres directement comprimés entre les points saillants de la zone rétrécie du détroit supérieur.

En résumé, la version par manœuvres internes, inter-

vention qui ne nécessite aucune instrumentation spéciale et d'une exécution rapide, facilite donc beaucoup le passage du fœtus au niveau de la zone rétrécie, et permet en particulier d'extraire plus facilement et avec moins de dangers, la tête dernière que première, à l'aide du forceps.

Si ce dernier a en effet quelques avantages sur la version, en particulier un temps d'élection beaucoup moins limité, et la possibilité d'opérer plus lentement sans crainte d'asphyxie, tout en ne soumettant la tête qu'à une compression lente et progressive, moins préjudiciable au fœtus que les pressions subies au cours de la version, il a, d'un autre côté, de tels inconvénients que son emploi au détroit supérieur est très restreint.

Il est en effet parfois fort difficile de l'appliquer solidement et correctement, soit que la tête mobile fuie devant les cuillers, soit qu'au contraire fixée et partiellement engagée, elle gêne leur introduction, que peut également gêner l'asynitisme postérieur. De plus en transformant la tête en un bloc presque incompressible, il en gêne le modelage et l'empêche, dans une certaine mesure, d'obéir aux mouvements qu'elle effectuerait pour s'engager normalement.

L'attitude de la tête retenue au détroit supérieur rétréci étant habituellement très modérément fléchie et fortement inclinée sur le pariétal postérieur, l'inclinaison sur le pariétal antérieur étant exceptionnelle, le for-

ceps peut être appliqué de trois manières différentes par rapport aux diamètres du fœtus et du bassin.

Aucune de ces trois prises n'est bonne; elles sont mauvaises, soit au point de vue de la solidité de la prise et des tractions qui sont irrégulières, soit au point de vue de l'accommodation qui est presque toujours contrariée.

Enfin au cours de l'extraction, la tête peut être soumise à des compressions que Farabœuf avait comparées à celles que subit un crayon entre les branches d'un porte-crayon, quand on abaisse l'anneau, le rétrécissement jouant ici le rôle de l'anneau.

En résumé, les inconvénients du forceps sont multiples et son application au détroit supérieur est dangereuse pour le fœtus, qui peut, du fait des tractions trop fortes ou trop prolongées, subir des lésions graves. C'est pour cela qu'à l'heure actuelle son utilisation dans les bassins rétrécis est à peu près abandonnée, et qu'elle est considérée comme une pratique dangereuse par beaucoup d'accoucheurs.

Si on considère en effet les résultats cliniques du forceps, on constate une mortalité fatale élevée : 26 % pour le Professeur Bar (1) et 31,77 % pour le Professeur Pinard; d'autres statistiques donnent un pourcentage variant entre 30 et 40 %. La mortalité éloignée durant les

(1) *Thèse* Lecomte, Paris 1906,

premières années est également fort élevée : 27 %, d'après bourret (1).

Si le forceps est dangereux pour le fœtus dans les bassins rétrécis, la version n'est pas non plus exempte de critiques et ses inconvénients sont nombreux. Elle a en premier lieu un temps d'élection très limité, elle nécessite d'autre part, pour être pratiquée dans de bonnes conditions, un certain nombre de conditions qui en restreignent l'emploi : il faut que le col soit complètement dilaté, que la poche des eaux soit intacte ou rompue depuis peu, que la tête soit mobile afin qu'on puisse la refouler pour introduire la main, et faire évoluer le fœtus, ce qui oblige à intervenir très tôt, avant la rétraction au début du travail. Les parties molles doivent être souples, car l'extraction du fœtus doit être rapide, tout retard apporté à l'extraction compromettant la vie de l'enfant. Mais, et c'est là son principal inconvénient, celui qui en assombrit le plus le pronostic, quand bien même toutes ces conditions sont réalisées, on n'est jamais assuré quand on entreprend une version dans un bassin même peu rétréci, que la tête passera et que l'accouchement se terminera par la naissance d'un enfant vivant. Le volume de l'enfant et celui de la tête en particulier étant difficiles à apprécier on est exposé, s'il y a disproportion entre les diamètres fœtaux et ceux du bassin à la méconnaître et à ne pouvoir faire descendre la tête dans l'excavation ;

(1) *Thèse Bourret*, Lyon 1908.

le fœtus succombe alors à l'asphyxie provoquée par le retrait utérin qui ferme les vaisseaux du placenta et à la compression du cordon par la tête. De plus, si au cours de l'extraction surgissent quelques difficultés, l'accoucheur est tenté de se hâter et les tractions, au lieu de rester lentes et continues deviennent brusques et rapides, et par suite dangereuses pour le fœtus. En outre, certains incidents de l'extraction : relèvement des bras, difficultés de l'évolution, résistance des parties molles, qui sont sans grande importance par eux-mêmes, prennent ici un caractère de gravité particulière, du fait même qu'ils prolongent la durée de l'intervention, et en assombrissent ainsi le pronostic fœtal. Enfin la version, quand elle échoue, ne laisse plus la possibilité de tenter l'extraction par un autre procédé et c'est la condamnation de l'enfant.

Tous ces inconvénients influent d'une manière fâcheuse sur les résultats de la version et la mortalité fœtale est assez élevée. C'est ainsi que dans le service du Professeur Bar, 63 versions donnèrent les résultats suivants (1) :

64 enfants furent extraits et sur ceux-ci :

2 étaient macérés, soit 3,1 % ;

18 étaient morts, soit 28,8 % ;

44 étaient vivants, soit 68,7 %.

(1) *Thèse Leconte*, Paris 1906.

D'autres statistiques indiquent un pourcentage voisin de 30 %.

La version et l'extraction du fœtus par le siège dans les bassins rétrécis si elles rendent de grands services en certains cas, présentent cependant de tels inconvénients qu'on ne doit les pratiquer que dans les bassins modérément rétrécis, mais même dans ces bassins, quand la disproportion semble minime, leur emploi expose toujours à voir la tête fœtale retenue au niveau de la zone rétrécie.

M. le Professeur Couvelaire a récemment montré les dangers qu'une telle pratique faisait courir au fœtus, même dans des bassins où cliniquement, la disproportion au début du travail était minime : 4 morts sur 4 extractions par le siège (1).

Aussi, pour éviter ces risques, M. Le Lorrier est-il d'avis de pratiquer systématiquement d'emblée la pubiotomie dans tous les bassins rétrécis, où un examen préalable aura montré que la section osseuse et un écartement limité des pubis seront suffisants pour permettre le passage de l'enfant.

Mais bien que ce procédé donne d'excellents résultats, il a l'inconvénient de sectionner inutilement des bassins qui auraient sans doute permis un accouchement spontané.

Pour éviter toute intervention inutile, M. V. Cathala

(1) Professeur Couvelaire. — Indications des Pelvitomies.
— *Bulletin de la Société d'obstétrique*, tome XII, 1924, n° 7.

ne sectionne le bassin qu'en cas de nécessité absolue ; pour cela, dans tous les bassins où un rétrécissement même modéré laisse prévoir une extraction difficile, il passe préventivement derrière un des pubis de la parturiente un fil-scie de Gigli, par le procédé sous-cutané, et tente ensuite l'extraction à l'aide de la version. Deux cas peuvent se présenter : ou bien la tête est retenue, et alors on sectionne rapidement le bassin ; ou bien la version est suffisante et l'hébotomie est inutile.

Grâce à ce procédé la section du bassin n'est jamais pratiquée inutilement.

INDICATIONS DU PASSAGE PRÉVENTIF DU FIL-SCIE DE GIGLI

Le choix de la conduite à tenir pour terminer l'accouchement dans les bassins modérément rétrécis est souvent fort embarrassant ; les procédés habituels risquant en effet d'être, ou insuffisants ou dangereux.

Si on les passe rapidement en revue, on voit en effet que si la version facilite dans bien des cas le dégagement du fœtus, elle expose aussi à de nombreuses difficultés impossibles à prévoir au début de l'intervention et qu'elle risque d'être insuffisante pour faire franchir à la tête la zone rétrécie, ce qui compromet presque fatalement la vie de l'enfant. Le forceps, de son côté, comporte de tels risques fœtaux immédiats ou éloignés que son emploi au détroit supérieur est actuellement presque totalement abandonné.

Restent la césarienne et les pelvitomies. Pour la première l'indication n'en est généralement pas posée dans les bassins qui nous intéressent, et comme c'est une opération toujours grave pour la mère il vaut mieux ne la réserver qu'aux cas où elle apparaît absolument indispen-

sable pour extraire vivant le fœtus. Quant aux pelvito-mies, qui sont en général sans conséquences fâcheuses pour la mère et qui permettent d'extraire vivants de beaux enfants qui seraient vraisemblablement morts si on avait tenté leur extraction par les procédés habituels, leur principal inconvénient est que, lorsqu'elles sont pratiquées systématiquement dans tous les bassins rétrécis, on risque de sectionner inutilement des bassins qui auraient sans doute permis le passage du fœtus. Car si l'hébotomie est une opération généralement peu grave, n'entraînant après elle aucune conséquence fâcheuse, il est incontestablement préférable que la femme garde un bassin intact non sectionné.

Le procédé de M. V. Cathala, que nous avons vu pratiquer avec d'excellents résultats, par son auteur à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, permet de pratiquer l'extraction en toute sécurité sans crainte de l'obstacle osseux et de n'intervenir qu'en cas de nécessité absolue.

Il sera donc indiqué dans tous les bassins limite, quand on pensera pouvoir extraire le fœtus par version, il mettra à l'abri des dangers que pareille méthode pourrait faire courir à l'enfant.

Il le sera également dans le cas d'enfants volumineux, quand le volume de ceux-ci pourra faire craindre une dystocie. Les indications seront les mêmes, qu'il s'agisse d'une présentation céphalique ou d'un siège.

Nous publions plus loin quatre observations dues à l'obligeance de M. V. Cathala. Dans trois cas, le pubis

a été sectionné et a permis l'extraction de gros enfants vivants. Dans un quatrième, après mise en place du fil-scie de Gigli, l'extraction du fœtus s'est effectuée sans difficultés, la section du pubis a été jugée inutile et l'hébotomie a pu être évitée.

TECHNIQUE

Le passage du fil et de l'aiguille se feront par le procédé sous-cutané, afin de ne causer qu'un minimum de lésions après ablation du fil, dans le cas où la pubiotomie serait jugée inutile.

Les préparatifs de cette intervention qui ne nécessite, comme instrumentation spéciale, que l'aiguille et le fil-scie de Gigli, sont les mêmes que ceux de toute intervention obstétricale : c'est-à-dire, que la région génitale étant rasée, la vessie et le rectum étant vidés, on procède à la désinfection habituelle des parties génitales. Le cathétérisme de l'urètre a ici le double avantage de vider la vessie, la mettant ainsi à l'abri de tout traumatisme opératoire et de renseigner sur la direction du canal. Ce dernier point est très important à connaître, car si l'organe est dévié de sa direction habituelle, l'intervention devra porter du côté opposé à la déviation.

Puis la parturiente étant anesthésiée, on la place en décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin ; deux aides maintiennent les membres dans cette position en leur imprimant une légère abduction qu'ils devront maintenir immuable

jusqu'au moment de la section. On badigeonne ensuite largement toute la région à la teinture d'iode afin d'obtenir une asepsie plus parfaite.

Le côté sur lequel portera la section osseuse étant choisi en tenant compte des déviations de l'urètre que le cathétérisme aura montrées, de la situation de l'occiput et des asymétries pelviennes s'il en existe, on procédera à la recherche des repères osseux nécessaires à l'introduction de l'aiguille. On doit rechercher le point d'union de la hanche ascendante de l'ischion et de la hanche descendante du pubis, ainsi que l'épine du pubis. Ces repères sont fort nets et facilement palpables.

Les repères étant trouvés, au niveau de l'union du pubis et de l'ischion on fait au bistouri une petite incision qui permettra d'introduire l'aiguille, en ayant soin de tendre du côté opposé la grande lèvre de la vulve.

Deux doigts introduits dans le vagin et appliqués contre la face postérieure du pubis serviront de guide à l'aiguille durant son trajet; sa pointe doit toujours raser de très près la face postérieure de l'os, et les doigts placés dans le vagin contribueront à maintenir ce contact.

L'aiguille doit être dirigée immédiatement en dedans de l'épine pubienne, de façon à ne pas faire porter la section du pubis ni trop en dedans, ni trop en dehors.

Quand la pointe de l'aiguille est arrivée au niveau du bord supérieur du pubis, on abaisse fortement le manche de l'instrument pour qu'elle passe en contact étroit avec le bord supérieur de l'os, de façon à ne pas

léser la vessie. Au niveau du point où l'aiguille soulève la peau, on fera une seconde petite incision au bistouri, qui permettra sa sortie. A ce moment, les doigts placés dans le vagin sont retirés. Si ce temps de l'opération est mené avec soin, si le côté à pubiotomiser est judicieusement choisi, et la vessie complètement vidée, il est impossible de la léser ou de blesser le corps de l'urètre.

Le fil est ensuite passé en le fixant à une forte soie dont l'extrémité est introduite dans le chas de l'aiguille; en la retirant de haut en bas, le fil est entraîné et se trouve insinué derrière le pubis. Les poignées spéciales sont ensuite fixées aux deux extrémités du fil-scie.

Ce temps préparatoire étant terminé, on procède ensuite à l'extraction du fœtus par version. L'introduction de la main, la saisie du ou des pieds se font selon la technique habituelle dans l'intervalle des contractions utérines; si on éprouvait quelques difficultés à faire évoluer le fœtus, un aide placé sur le côté aiderait au mouvement par des manœuvres externes.

Si l'extraction s'effectue normalement et s'il ne survient aucune difficulté, aussitôt après la naissance de l'enfant on enlève le fil-scie et un simple pansement protecteur est placé au niveau des petites plaies.

Si au contraire, l'extraction du fœtus est arrêtée par le rétrécissement, après s'être assuré que l'obstacle est infranchissable, ou qu'il ne peut être franchi qu'au prix de lésions qui compromettront la vie de l'enfant, on procède à la section du bassin. Pour cela, l'aide saisit les

poignées du fil-scie et leur imprime quelques rapides mouvements de va-et-vient, en ayant soin que le fil-scie passe toujours par les deux petites incisions sans entamer les téguments voisins et en ayant soin que le plan occupé par le fil-scie soit toujours perpendiculaire pendant ces mouvements au plan représenté par la face postérieure du pubis. En agissant ainsi, la section osseuse ne sera pas en bec de flûte et la co-aptation ultérieure des fragments sera meilleure. Il faut également que le plan de section ait la même direction que la ligne imaginaire reliant les repères ci-dessus indiqués. En général, au moment de la section de l'os, on perçoit une petite secousse caractéristique qui, dans certains cas, lorsqu'il existe des brides précostiques résistantes, peut manquer. Mais dans la majorité des cas, il suffit pour les rompre que les aides écartent légèrement les genoux; si par extraordinaire, elles étaient trop résistantes, un ou deux coups de scie en auraient facilement raison. Les aides qui soutiennent les membres inférieurs empêchent un écartement trop considérable des fragments osseux qui, en aucun cas, ne doivent s'écarter de plus de six centimètres.

Après section et écartement du pubis, la tête descend facilement dans l'excavation d'où elle est extraite par manœuvre de Mauriceau.

Aussitôt l'extraction et la délivrance terminées, les genoux sont rapprochés jusqu'au contact; le fil-scie ayant été retiré dès l'écartement obtenu, on applique un panse-

ment protecteur sur les deux petites plaies qui n'ont même pas besoin d'être suturées. Puis, on fixe le bassin au moyen d'une forte et large bande de toile qui comprime fortement les trochanters et les crêtes iliaques. On applique enfin sur la vulve un pansement aseptique ordinaire, en ayant soin de l'isoler de la gaze qui recouvre les petites plaies opératoires, de façon à éviter l'infection.

Si, par hasard, il se produisait une hémorragie menaçante ou un hématome ultérieur, rien ne serait plus facile que de faire sauter le pont de peau qui recouvre la plaie profonde et d'aller traiter à œil ouvert cette complication.

Il faut surveiller de très près la première miction qui doit se produire spontanément, six ou huit heures après l'intervention; si, au bout de ce temps, la femme n'a pas uriné, on procédera au cathétérisme. Si les urines étaient sanglantes, une sonde à demeure empêcherait la distension de la vessie qui peut avoir été lésée au cours de l'intervention.

Dans les cas normaux, la femme commence à se lever du quinzième au vingtième jour, et ne présente aucun trouble de la marche.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

F... Félicia, 24 ans, III pare, première grossesse en 1919; la femme est accouchée seule, dans un village d'Espagne, d'un enfant mort, après trois jours de douleurs et six heures d'efforts d'expulsion. Deuxième grossesse en 1923; après deux jours de travail, la femme entre à l'hôpital Saint-Louis où on constate une présentation élevée avec procidence du cordon. Version par manœuvres internes; la tête est retenue au détroit supérieur. Embryotomie. Enfant du sexe masculin pesant 3.200 grammes sans la tête. Troisième grossesse. La femme entre à l'hôpital Saint-Louis, le 28 juin, à dix heures du matin. Le travail dure depuis 15 heures, dilatation complète, membranes intactes. Le fœtus vivant se présente en OI.D.T. Bassin rétréci promonto-pubien, 10 centimètres; sacrum peu excavé avec saillies au niveau des articulations sacrées. Chloroforme, passage d'un fil-scie de Gigli, introduit après ponction de la peau, au niveau

de l'union de la hanche ascendante de l'ischion et de la hanche descendante du pubis du côté gauche, et sortant au-dessus du pubis en dedans de l'épine pubienne. Rupture artificielle des membranes. Version par manœuvres internes. Dès l'abaissement du membre inférieur, on constate que le fœtus est volumineux et on a quelque peine à faire descendre le siège sur le périnée. L'extraction se présente comme difficile par suite du rétrécissement du bassin et du volume de l'enfant. Pour éviter une dystocie grave pour l'enfant, le pubis est sectionné, l'extraction du fœtus s'effectue facilement. L'enfant du sexe masculin crie aussitôt. Il pèse 4.160 grammes. Suites de couches normales. Début du lever, 8 juillet. Sortie du service de la mère et de l'enfant le 11 juillet. Aucun trouble de la marche.

OBSERVATION II

C..., 28 ans, 1^{re} pare, à terme entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le 19 juillet 1924, à une heure du matin; membranes rompues depuis le 17 à 9 heures du matin, dilatation d'une paume de main, fœtus vivant, siège mode des fesses en S. I. D. P. Bassin aplati; promonto-sous-pubien de 10 cm. 5. A 8 heures, dilatation complète; la femme a des contractions expulsives peu énergiques. A 10 heures, le siège est toujours élevé; le liquide amniotique et légèrement fétide. Chloroforme, passage du fil-scié derrière le pubis gauche de bas en

haut, par le procédé sous-cutané. Le fil est laissé en place. Saisie et abaissement du membre inférieur droit du fœtus. Le siège, le tronc, les épaules se dégagent facilement. Manœuvre de Champetier. La tête retenue au détroit supérieur ne descend pas malgré les tractions. Le pubis est alors sectionné; les os s'écartent et la tête descend dans l'excavation d'où elle est facilement extraite. L'enfant du sexe masculin respire aussitôt; il pèse 3.720 grammes. Aucune lésion du vagin. Suites de couches légèrement fébriles par infection d'une déchirure de la fourchette. La femme commence à se lever le 1^{er} août. Elle quitte le service le 2 août avec son enfant qui pèse 3.875 grammes. Elle n'a aucune douleur du bassin, mais se plaint d'une légère raideur du genou gauche. Revue le 15 septembre, elle ne présente aucun trouble de la marche.

OBSERVATION III

La femme G... Marguerite, 24 ans, 1^{re} par, a eu ses dernières règles du 12 au 15 janvier 1924. Elle perd les eaux et ressent les premières contractions douloureuses du travail le 23 octobre à 23 heures. Elle se présente le 24 octobre à 1 heure à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis. La dilatation du col utérin est de 2 francs, le fœtus se présente par le siège de complète mode des fesses en S. I. G. A., les bruits du cœur sont bons. A 11 heures et demie, la dilatation est complète, mais le siège reste

élevé. L'examen du bassin montre un léger rétrécissement; le promontoire est accessible à 11 cm. du sous-pubis; il existe un faux promontoire sacré à 10 cm. 7. Le sacrum est peu excavé. M. Cathala décide d'intervenir pour extraire le siège; avant d'extraire il juge prudent de placer préventivement un fil-scie de Gigli derrière le pubis, car l'enfant paraît volumineux.

Chloroforme. Le fil-scie est passé de bas en haut, derrière le pubis gauche. Le pied gauche est abaissé. Des tractions font descendre le siège sur le périnée. Dégagement du siège. Abaissement du deuxième membre inférieur. Anse au cordon. Les épaules, malgré les tractions énergiques ne s'engagent pas; le fœtus est gros et il est à prévoir qu'il y aura de grosses difficultés au passage des épaules et de la tête du fœtus. Pour permettre l'engagement, le fil-scie est actionné et sectionne le pubis. Dès que les os s'écartent, les épaules descendent dans l'excavation et sont dégagées facilement; il en est de même de la tête fœtale. L'enfant du sexe féminin pèse 4.030 grammes; née en état de mort apparente, elle est très rapidement ranimée. Délivrance artificielle pour légère hémorragie. Suture du périnée. Il n'y a pas de lésion du vagin. Comme l'utérus a tendance à saigner, on fait un tamponnement utéro-vaginal, une injection d'ergotine et 500 grammes de sérum. Le tamponnement est retiré trois heures plus tard. Dans les suites de couches, légère infection du périnée et de la petite plaie

opératoire sus-pubienne qu'on draine pendant quelques jours.

La femme se lève le 7 novembre ; elle quitte le service avec son enfant le 13 novembre. Elle ne présente aucun trouble de la marche.

OBSERVATION IV.

G... Amélia, 30 ans, II pare, première grossesse terminée en février 1922 par une basiotripsie après 15 heures de travail. Deuxième grossesse ; dernières règles le 28 mai 1923. Début des douleurs le 13 mars 1924 à 22 h. 30 ; dilatation complète le 14 à 10 h. 30. Malgré les efforts d'expulsion, la tête reste élevée sans tendance à s'engager. Bassin aplati, promonto-sous-pubien de 10 cm. 6, promontoire élevé, sacrum excavé. L'enfant paraît gros. Chloroforme. Passage préventif du fil de Gigli derrière le pubis gauche par le procédé sous-cutané. Rupture artificielle des membranes. Version par manœuvres internes. Celle-ci s'effectue sans difficulté ainsi que l'extraction. Fille vivante de 3.600 grammes. Après la naissance de l'enfant, le fil-scie est retiré. Les deux petites plaies sus et sous-pubienne sont couvertes de gaze stérilisée. Suites de couches normales. La femme quitte le service avec son enfant le 23 mars.

CONCLUSIONS

1° L'extraction du fœtus par le siège dans les bassins modérément rétrécis, permet le plus souvent le passage de la tête dernière, alors que celle-ci ne serait pas passée première; la version par manœuvres internes donne d'excellents résultats quand la disproportion entre les diamètres du bassin et ceux du fœtus est modérée. Mais si les diamètres fœtaux sont trop grands par rapport à ceux du bassin, la tête ne peut descendre dans l'excavation et le fœtus succombe rapidement.

2° L'hébotomie pratiquée systématiquement d'emblée dans les bassins rétrécis avant la version ou l'extraction du fœtus en présentation du siège donne d'excellents résultats en supprimant à coup sûr l'obstacle osseux qui retiendrait la tête, mais si elle n'a en général aucune suite grave, elle peut être inutile et il vaut mieux l'éviter si elle n'est pas indispensable.

3° Dans les rétrécissements modérés du bassin, le passage préventif du fil-scie de Gigli placé derrière un des pubis permet d'opérer en toute sécurité sans crainte du rétrécissement pelvien.

Si l'extraction du fœtus s'effectue rapidement, on évite la section du bassin.

Si des difficultés surgissent au cours de l'extraction, la section du pubis, en ouvrant immédiatement le bassin, supprime la dystocie et évite la mort du fœtus.

Par ce procédé du passage préventif du fil-scie, la pubiotomie n'est pratiquée que dans les cas où elle est indispensable pour obtenir un enfant vivant.

VU : *Le Président,*
BRINDEAU.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

